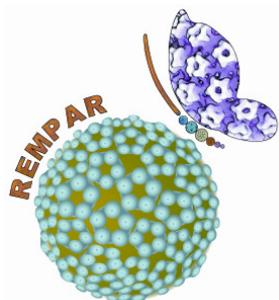


F



QUESTIONNAIRE

PROGRAMME REMPLAR

E

- A quelle date remplissez-vous ce questionnaire ? / /
- Quel est votre âge ? ans
- Quel est le code postal de votre domicile ?

M

- Quel est votre état civil ?
 Mariée Vie maritale Célibataire Divorcée Veuve
- Quelle est votre situation professionnelle actuelle ? *☞ Cochez une seule réponse*

Salariée Trav. indépendante	Lycéenne Etudiante	Au chômage	Sans profession Mère au foyer	Retraitée	En invalidité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Quel est ou quel a été votre dernier emploi ?

M

Agriculteur	Artisan Commerçant Chef d'entreprise	Cadre	Technicien Agent de maîtrise	Employé	Ouvrier
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Si vous n'êtes pas lycéenne/étudiante, quand avez-vous arrêté vos études ?

Arrêt avant 14 ans	Arrêt avant le Bac	Bac à Bac + 2	Bac + 3 à Bac + 4	Bac + 5 et plus
<input type="checkbox"/>				

E

- Etes-vous bénéficiaire :
 de la CMU du RMI Aucun des 2

Vous, vos enfants et la vaccination

S

- Avez-vous eu les vaccins suivants ? *☞ Cochez une seule réponse pour chaque vaccin*

Vaccins obligatoires (BCG - DTPolio)	Rougeole - Oreillons - Rubéole (ROR)	Hépatite B
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais plus	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais plus	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais plus

- Avez-vous des enfants ?
 Oui Non

☞ SI OUI :

- Décrivez votre famille :

	Enfant ①	Enfant ②	Enfant ③	Enfant ④	Enfant ⑤	Enfant ⑥	Enfant ⑦	Enfant ⑧
Sexe <i>☞ Ecrivez F pour Fille, G pour Garçon</i>	<input type="text"/>							
Age	<input type="text"/>							

- D'une manière générale, quels vaccins vos enfants ont-ils eu ? ☞ *Cochez les vaccins réalisés*

Vaccins obligatoires (BCG - DTPolio)	Rougeole Oreillons Rubéole	Pneumocoque	Papillomavirus	Varicelle	Rotavirus (gastro-entérite)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Ont-ils été vaccinés contre l'hépatite B ?

Tous	<input type="checkbox"/>	Certains	<input type="checkbox"/>	Aucun	<input type="checkbox"/>
		Avant 5 ans	<input type="checkbox"/>	A l'adolescence/ A l'âge adulte	<input type="checkbox"/>
- Ceux qui ont été vaccinés, l'ont-ils été plutôt :

Vous et votre suivi médical

- Suivez-vous actuellement un traitement ?

Oui	<input type="checkbox"/>	Je vais le commencer	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	----------------------	--------------------------	-----	--------------------------

☞ **SI OUI :**

- Lequel ? _____

NE RIEN INSCRIRE DANS CES CASES		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Pour quelle raison ? _____

NE RIEN INSCRIRE DANS CES CASES		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Avez-vous eu des mammographies dans le cadre du dépistage du cancer du sein ? ☞ *Cochez une seule réponse*

Oui, avec prescription de mon médecin	Oui, à la suite d'un courrier reçu pour un dépistage gratuit	Non	Pas encore
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Avez-vous eu une aide à l'arrêt du tabac ? ☞ *Si vous n'avez jamais fumé, cochez la case correspondante*

Je n'ai jamais fumé	Non car j'ai arrêté de moi-même	Oui et j'ai arrêté de fumer	Oui mais je n'ai pas arrêté de fumer	Non pas pour l'instant	Non mais je ne souhaite pas arrêter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous et votre suivi gynécologique

- Avez-vous déjà eu les interventions gynécologiques suyvantes ?

Laser du col de l'utérus	<input type="checkbox"/>	Conisation du col de l'utérus	<input type="checkbox"/>	Ablation totale de l'utérus	<input type="checkbox"/>	Aucune des 3	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------

☞ Cochez la ou les cases correspondantes

☞ SI OUI :

• Pour quelle(s) raison(s) ? _____

NE RIEN INSCRIRE DANS CES CASES		

• En quelle(s) année(s) ?

■ Avez-vous eu un traitement par médicaments pour une maladie gynécologique transmissible ?... Oui Non

☞ SI OUI :

• Pour quelle(s) maladie(s) ? _____

NE RIEN INSCRIRE DANS CES CASES		

■ Quelle méthode de contraception avez-vous déjà utilisée ? ☞ Cochez une ou plusieurs réponses

Je n'ai jamais utilisé de contraception <input type="checkbox"/>	Préservatifs <input type="checkbox"/>	Pilule contraceptive <input type="checkbox"/>	Stérilet <input type="checkbox"/>	Autres méthodes <input type="checkbox"/>
		 Age de début <input type="text"/> <input type="text"/>		

■ En dehors de tout problème de santé, avez-vous un suivi gynécologique ? ☞ Cochez une seule réponse Au moins 1 fois par an Tous les 2-3 ans Rarement Jamais

■ Quand avez-vous fait pour la dernière fois un frottis ? ☞ Cochez une seule réponse

Il y a environ 1 an <input type="checkbox"/>	Entre 2 à 3 ans <input type="checkbox"/>	Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/>	Je n'en ai jamais fait <input type="checkbox"/>	Je ne sais pas/plus <input type="checkbox"/>
--	--	---	---	--

■ Quel médecin a fait ce dernier frottis ? ☞ Cochez une seule réponse
.....
Généraliste Gynécologue
Autre _____

■ Avez-vous déjà eu un frottis anormal ? ☞ Cochez une seule réponse Oui, une fois Oui, plus d'une fois Non Je ne sais pas/plus

☞ SI OUI :

• En quelle année la première fois ?

• Avez-vous été re-contactée par votre médecin après un frottis anormal ? Oui Non

☞ SI OUI :

• Pourquoi ? _____

NE RIEN INSCRIRE DANS CES CASES		

Les informations que vous avez sur le cancer du col de l'utérus et ses moyens de prévention

Le rôle du frottis est : ☞ *Cochez une seule réponse*

De surveiller les ovaires et le col de l'utérus	De prévenir tous les cancers gynécologiques	De prévenir le cancer du col de l'utérus	Je n'ai pas d'informations
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il faut faire un frottis : ☞ *Cochez une seule réponse*

Tous les ans	Tous les 2-3 ans	De temps en temps	Une fois et ça suffit	Je n'ai pas d'informations
<input type="checkbox"/>				

Il faut faire un frottis : ☞ *Cochez une seule réponse*

Toute la vie adulte (> 20 ans)	Seulement jusqu'à la ménopause	Seulement après la ménopause	Je n'ai pas d'informations
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous entendu parler de la cause du cancer du col de l'utérus ? Oui Non

☞ **SI OUI :**

Quelle est sa cause ? _____

NE RIEN INSCRIRE DANS CES CASES		

Avez-vous entendu parler du vaccin contre le cancer du col de l'utérus ? Oui Non

☞ **SI OUI :**

Quand la première fois ? mois année

Comment avez-vous eu ces informations ? ☞ *Cochez une ou plusieurs réponses*

Par mon médecin	Par un autre professionnel de santé (pharmacien, etc.)	Par mon entourage	A la télévision	A la radio Dans la presse écrite Sur Internet	Autre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Et avec ces informations, vous pouvez dire :

Qui est concerné par ce vaccin : _____

NE RIEN INSCRIRE DANS CES CASES		

A quel âge il est conseillé de se faire vacciner : _____

NE RIEN INSCRIRE DANS CES CASES		

Qui doit faire des frottis après la vaccination : _____

NE RIEN INSCRIRE DANS CES CASES

□□□	□□□	□□□
-----	-----	-----

A propos de cette vaccination contre le cancer du col de l'utérus

- Pour votre fille (vos filles), si vous en avez, quel que soit son(leur) âge : ➤ *Cochez une seule réponse*

Je vais m'informer et y réfléchir	Je préfère attendre	Elle est (elles sont) déjà vaccinée(s)	J'ai décidé de faire vacciner ma fille (mes filles)	Je vaccinerai ma fille (mes filles) si elle(s) me le demande(nt)	Je pense que cette vaccination est inutile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **QUELLE QUE SOIT VOTRE REPONSE :**

- Dîtes pourquoi : _____

NE RIEN INSCRIRE DANS CES CASES

□□□	□□□	□□□
-----	-----	-----

Une fois renseigné, glissez votre questionnaire dans l'enveloppe.

Remettez-la à la secrétaire de votre médecin ou dans la boîte du cabinet médical.

Nous vous remercions de votre participation à cette étude
qui contribuera à faire progresser la prise en charge du cancer du col de l'utérus.
Si vous souhaitez des informations, vous pouvez nous contactez au 04.78.78.27.45.